Lane Medical Library

Das Rhinophyma und seine Behandlung.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 30. August 1889

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Franz Wings

aus Aachen.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Heinrich Claessen, pract. Arzt.
- Dr. med. Otto Goebel.
- Dr. med. Paul Wieske.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Meinen lieben Eltern!

Im Laufe der letzten 3 Jahre gelangten in der Klinik des Herrn Privatdocenten Dr. Lassar zwei Fälle von Rhinophyma zur Beobachtung und Behandlung, jener verhältnismässig seltenen in Massenzunahme des häutigen Teiles der äusseren Nase bestehenden Krankheit, welche zwar nicht direkt die Constitution des Individuums bedroht, jedoch in Folge der, durch die grotesken Wucherungen gesetzten, monströsen Verunstaltung des Gesichts von den Betroffenen als schweres Unglück empfunden wird und insofern ein erhöhtes Interesse des Arztes beansprucht.

Eine Bearbeitung des Gegenstandes, zu der ich von Herrn Lassar in dankenswerter Weise veranlasst wurde, erschien von mehrfachen Gesichtspunkten aus nicht ohne Interesse. Die Erkrankung an sich hat eine nur ihr zukommende Form der Entwicklung. Während sie sich einem vollständig vorgeschriebenen Typus gemäss entwickelt, sind andererseits die Grenzen ihres Fortschreitens ganz unbestimmte und lediglich an die Zeit des Bestandes gebunden. Massgebend vor allem ist der Sitz, denn nur an dieser einzigen Stelle des Körpers entwickelt sich ein solches Leiden. Die Natur desselben muss also durch die anatomische Beschaffenheit des Bodens in allererster Linie bedingt sein. Ein Fall von Rhinophyma gleicht dem anderen äusserlich so sehr, dass die Beschreibung des einen auch für alle anderen ausreichen würde, und die Unterschiede sind lediglich durch den Grad der Ausbildung des pathologischen Processes gegeben. Untergeordnete Stadien werden wenig beachtet: bald subsumiert man sie unter den Begriff einer Acne rosacea, oder sie erscheinen wie die stabilen Ödeme und entzündlichen Indurationen, können aber auch mit dem einen oder anderen dieser Zustände vergesellschaftet sein. Sie erregen indessen kaum die Aufmerksamkeit der Patienten, welche, da es sich ausnahmslos um Männer handelt, kein besonderes Gewicht auf eine unbedeutende Verunstal-

tung des Organs legen. Erst wenn die Grenzlinien der normalen Nasenform durch kolbige und geschwulstähnliche Wucherungen überschritten werden, wird das Krankhafte des Zustandes wirklich empfunden. Bei der meist ausserordentlichen Langsamkeit des Wachstums gewöhnen sich Patienten und deren Umgebung nicht selten anfangs so sehr an diese Missbildung, dass erst beim Wechsel der gesellschaftlichen Verhältnisse oder durch irgend einen Zwischenfall die Aufmerksamkeit wachgerufen wird. Mittlerweile hat sich dann gewöhnlich eine rüsselartige Verlängerung und Verbreiterung der ganzen äusseren Nase herausgebildet. Die natürlichen Züge sind in das riesenhafte, fast unmenschliche verzerrt; hahnenkammähnliche Wülste von meist cyanotischer Hautfärbung ragen nach allen Richtungen hervor, kugelartige Ausstülpungen wechseln ab mit flächenhaften Verdickungen, tiefe Furchen umgrenzen die massenhaften Contouren der Neubildung. In diesem bedauernswerten Zustande pflegen dann allerdings die Patienten ihre unglückliche Lage voll und ganz zu empfinden, namentlich da sie täglich und immer wieder die Erfahrung machen, dass sie die allgemeine Aufmerksamkeit ihrer Mitmenschen erregen und manchem derselben zum Zielpunkte böswilliger Bemerkungen dienen.

Die ganze Neubildung ist bis vor kurzem sehr wenig von der pathologischen Anatomie beachtet worden. Da die nosologische Bedeutung für den Gesamtorganismus von untergeordnetem Werte erscheinen musste, auch wohl selten solche Fälle direkt in die Hände der pathologischen Anatomen kamen, so sind wenigstens die älteren Lehrbücher fast ganz oder nur flüchtig über die histologische Natur dieses Zustandes weggegangen. Wenigstens finde ich bei Durchsicht der Litteratur nur wenige eingehendere Untersuchungen über den Gegenstand. Eine Ausnahme hiervon bildet die Arbeit Hans von Hebra's, welcher eine einschlägige Beobachtung zur Unterlage von Untersuchungen gemacht hat. Da bislang weder eine Bestätigung noch Widerlegung der Befunde Hebras erfolgt ist, erscheint es geboten, die von uns beobachteten Fälle einer eingehenderen Betrachtung zu unterziehen.

Der erste der genannten Patienten war Herr Str. aus Potsdam, welcher auf die gütige Veranlassung des

Herrn Dr. Bosdorf im Herbst 1886 zur Behandlung an die Klinik gewiesen wurde. Patient war 56 Jahre alt und hatte keine Krankheiten irgendwie nennenswerter Art durchgemacht. Aus seiner Ehe stammten gesunde Kinder. Alcoholismus wurde zwar in Abrede gestellt, doch liess der ganze Habitus des Mannes auf eine Neigung zum Abusus spirituosorum wol schliessen. Der vor 4 Jahren noch gesunde Mann hatte im Anschluss an angeblich einfache Congestivzustände allmählich wachsende Auswüchse von roter Farbe und knolliger Beschaffenheit an seiner Nase entstehen sehen. Die Knollen erlangten bald schon beträchtliche Dimensionen, sodass schliesslich kartoffel- und trüffelgrosse Tumoren von den Nasenflügeln und der Spitze des fratzenhaft vergrösserten Organs herabhingen. Die Consistenz war eine ziemlich feste, die einzelnen Tumoren teils mehr glatt, teils höckerig mit mehr oder weniger tiefen Furchen versehen. Aus den stark dilatierten Talgdrüsen-Öffnungen entleerte sich bei Druck massenhaft Sekret. Diese Verunzierungen veranlassten den dringenden Wunsch des Patienten, der wegen seines den ästhetischen Sinn verletzenden Aussehens schon seit Jahren aus der menschlichen Gesellschaft verbannt war, dem Zustande ein Ende gemacht zu sehen.

Der zweite Patient, von Herrn Professor B. Fraenkel der diesseitigen Klinik empfohlen, war Herr Sch. aus Frankfurt a. O., jetzt in Berlin als Schiffsprocureur und Gastwirt ansässig. Er stellte sich im Juli dieses Jahres vor. Patient ist 62 Jahre alt, mittelgross und kräftig gebaut, verheiratet und Vater von 6 gesunden Kindern. Seit 5 Jahren leidet Patient an Muskelrheumatismus, sowie an heftigen Magenbeschwerden und hat ausserdem eine Hernia incarcerata glücklich überstanden. In der Ausübung seines Berufes als Schiffer hatte er stets schwere Arbeit zu verrichten und war vielfach der Nässe ausgesetzt. Patient giebt zu, stets grosse Quantitäten von Alcoholicis zu sich genommen zu haben. Sein Leiden begann vor 8 Jahren. Zu dieser Zeit waren die Nase und die angrenzenden Teile des Gesichtes, Wangen und Stirn mässig gerötet. Am rechten Nasenflügel bildete sich, angeblich nach einer Verletzung mit einem Ringe beim Waschen des Gesichtes, langsam eine kleine Geschwulst, welche allmählich weiter wuchs, bis

auch der der Nasenspitze zunächst liegende Teil des Nasenrückens sich, von rechts nach links fortschreitend, in mehr diffuser, höckeriger Weise an der Wucherung beteiligte. Zuletzt entstand ein kleiner Tumor auch am linken Nasenflügel. Das Wachstum der geschwulstartigen Neubildungen war hier ein weniger intensives. Während in dem vorhin erwähnten Falle innerhalb 4 Jahren die excessivsten Formen sich ausbildeten, waren in diesem Falle nach achtjährigem Wachstum weit geringere Grade des Leidens zu constatieren. Die Beschäftigung des Patienten brachte es mit sich, dass er täglich mit vielen Menschen in Verkehr stand, von welchen er häufig wegen seines Leidens durch Spottreden gekränkt wurde. Die Folge war, dass er sich schliesslich in sehr deprimiertem Gemütszustande befand und nach seiner Angabe viele schlaflose Nächte verbrachte. Daher reifte allmählich in ihm der Entschluss, sich eventuell einem operativen Eingriff zu unterziehen, welchem Wunsche auch entsprochen wurde. Die voraufgehende Untersuchung ergab, dass vom rechten Nasenflügel, ein kleintaubeneigrosser Tumor herabhing, den die herausgestreckte Zungenspitze sofort erreichte. Eine erbsengrosse Geschwulst befand sich am linken Nasenflügel und letzterer war in toto vergrössert. Die Nasenspitze und der angrenzende untere Teil des Nasenrückens, sowie die Seitenteile der Nase waren mit zahlreichen niedrigen, breitbasig aufsitzenden Erhabenheiten besetzt, die Farbe bläulich rot, die Consistenz weich; die ganze fettglänzende Oberfläche wies zahllose erweiterte Poren auf, angefüllt mit talgartiger Materie, welche bei Druck reichlich herausquoll. Die Wangen waren ebenfalls bläulich rot verfärbt, welche Farbe bei genauerer Besichtigung durch zahlreiche Teleangiectasieen bedingt war. Die Nasenwurzel war frei. Die Neubildung verursachte ein Gefühl von Schwere und zuweilen lästiges Jucken; über weitere Beschwerden hatte Patient nicht zu klagen.

Bevor wir auf die dem Krankheitszustande zugrunde liegenden microscopischen Veränderungen, sowie auf die Therapie näher eingehen, dürfte es angezeigt sein, die mannigfaltigen macroscopischen Bilder, unter welchen die immerhin seltene Affection auftreten kann, einer kurzen Schilderung zu unterziehen.

Macroscopisch anatomisch bietet sich das Rhino-

phyma als eine die äussere Nase besetzende Neubildung, welche eine Volumszunahme des Organs zur Folge hat. Diese Anschwellung kann eine gleichmässige sein, sodass sämtliche Durchmesser vergrössert erscheinen, wobei also die gewöhnliche Form, die äusseren Umrisse erhalten sind. Diesen Zustand pflegt man noch als einen geringeren Grad des Rhinophyma zu bezeichnen; doch muss es, ehe weitere Untersuchungen darüber vorliegen, mindestens zweifelhaft bleiben, ob auch diese Form ohne circumscripte Knotenbildung dem echten Rhinophyma zuzuzählen ist. In anderen hochgradigeren Fällen bedingt die Neubildung eine mehr ungleichmässige umschriebene Hypertrophie; unter fortschreitender Entwickelung des langsam begonnenen Processes kommt es hier zu einer Vergrösserung des Organs nach einer oder mehreren Richtungen. Die Nase erhält eine höckerige, gelappte, gefurchte Oberfläche, bedingt durch die Neubildung von mehr oder minder mächtigen Protuberanzen, die ihrerseits wiederum die verschiedenste Gestalt besitzen können. Manchmal sitzen die Höcker halbkugelig, mit breiter Basis auf oder ihr Höhendurchmesser überwiegt bedeutend den Durchmesser der Basis, und sie bekommen dadurch ein mehr breitlappiges Aussehen, in anderen Fällen wachsen kleine, halbkugelig aufsitzende Knollen nach und nach bis zu Haselnussgrösse, senken sich sodann nach abwärts und ziehen einen Stiel aus. Durch allmähliche Verlängerung des Stiels, welchem also unten eine kugelige Excrescenz anhängt, entstehen glockenklöppelartige, fleischige Gebilde, welche eine gewisse Labilität besitzen und bei jeder Bewegung des Kopfes pendelnd hin und her schlottern. Je nach dem Sitze der Tumoren entstehen verschiedene Bilder: bei vornehmlicher Entwickelung an der Spitze erfährt die Nase eine Verlängerung bis über die Lippen, ja zuweilen bis zum Kinn herab und sieht in diesem Zustande der zapfenförmigen Fleischwarze des Truthahns nicht unähnlich. Überwiegt die Wachstumsrichtung der Knoten mehr nach der Seite, so kann die Nase in excessiven Fällen so breit werden, dass die Lidspalte teilweise gedeckt wird; endlich kann die Volumszunahme auch in mehreren Richtungen stattfinden und ein nicht näher zu schildernder Formenreichtum des Rhinophyma zustande kommen. Die Menge und Grösse der Aus-

wüchse unterliegt beträchtlichen Schwankungen. Veiel hatte einen Arzt in Behandlung, bei dem die Nase im Laufe von Jahrzehnten mehr als das Doppelte der Länge und Breite erreicht hatte und einer von tiefen Furchen durchzogenen riesigen blassroten Himbeere glich. Es wurden an ihr 40 Auswüchse exstirpiert. Bewley hatte Gelegenheit, eine doppelt mannsfaustgrosse, später amputierte Pfundnase anatomisch zu untersuchen, die nach seiner Angabe einst in Wien als grösste bis dahin beobachtete Nase bezeichnet wurde. Eine anschauliche Schilderung der colossalen Pfundnase, mit welcher Pompilius behaftet gewesen sein soll, entnehmen wir einem alten Epigramm. Dieses sagt in satyrischer, wenn auch der Wahrscheinlichkeit wenig entsprechender Weise folgendes aus:

Pompilio est nasus cubitos tres longus et unum
Latus et hunc murus cingit uterque triplex;
Adsunt et turres, Bacchus quas condidit ipse
Et minio tinctas usque rubere dedit.

Die Farbe des Rhinophyma ist eine sehr verschiedene. Meist ist starke Rötung der Haut vorhanden oder sie ist mehr blau, zuweilen auch schiefergrau verfärbt. In seltenen Fällen weicht sie von der normalen Färbung kaum ab. Mit der Lupe, zuweilen auch schon bei freier Besichtigung, entdeckt man erweiterte Blutgefässe als breite, rote oder blaurote, oberflächlich gelegene Streifen, doch ist dieser Befund nicht immer zu constatieren. Die gewöhnlich vorhandene rote Tingierung der schon durch Tumoren jeder Form veränderten Nase erhöht die Verunstaltung des Gesichtes in erheblicher Weise.

Die Consistenz der Gewächse ist meist eine weiche, teigige, selten mehr fest.

Die Oberfläche ist mit einem fettigen Überzuge versehen, der der verunstalteten Nase einen eigentümlichen charakteristischen Fettglanz verleiht. Ausserdem sind zahlreiche kleinere und grössere Poren, d. h. erweiterte Ausführungsgänge von Talgdrüsen sichtbar, aus denen schon bei geringem Drucke grosse Mengen von Talg hervorquellen. Dieser hat durch lange Stagnation bei freiem Zutritt der Luft eine Zersetzung erfahren und verbreitet einen unangenehm ranzigen Geruch.

Die dem Rhinophyma zugrunde liegende Neubildung entwickelt sich zwar meist nur an der Nase,

und zwar von der Spitze und den Seitenteilen, wo sie die höchsten Grade der Ausbildung erreichen kann, bis zur Nasenwurzel an Intensität abnehmend. In seltenen Fällen werden auch die benachbarten Partieen der Wangen und der Augenbrauenbogen davon ergriffen (Hans v. Hebra), wenn auch an den letzteren Stellen in weniger intensiver Weise; jedenfalls bildet sich die Neubildung dort am stärksten aus, wo das Talgdrüsensystem am besten entwickelt ist.

Die Beschwerden bei Rhinophyma pflegen nur untergeordneter Art zu sein, irgend welche Schmerzen oder sonstige unangenehme Empfindungen sind nicht damit verbunden. Bei höheren Graden der Entwickelung werden die Betroffenen nur durch das Gefühl der Schwere der Neubildungen oder durch Störungen im Sehen bei vornehmlich seitlicher Ausdehnung resp. wenn die Nase in der Längsachse bedeutend zugenommen hat, durch Behinderungen bei Bewegungen des Mundes, namentlich beim Essen belästigt. So beobachtete F. v. Hebra einen, Patienten bei welchem die herabhängenden faustgrossen Nasenflügel die Mundöffnung bedeckten und welcher mit der einen Hand die vergrösserten Nasenflügel emporhob, um mit den Fingern der anderen Hand die gewohnte Prise Schnupftabak ganz kunstgerecht in die Nase zu bringen. Senertus beschreibt einen analogen Fall: Vixit non procul a Dresda vir, cui hoc malo affecto nasus ita incrementum sumsit, ut eum in legendo impediret: quod malum ipsum eo adegit, ut anno 1629 particulas quasdam de naso sibi amputari curaret.

Das Rhinophyma tritt ausnahmslos bei Personen männlichen Geschlechts auf und zwar auch bei diesen nur in vorgerücktem Alter, meist jenseits der fünfziger Jahre. Bei Kindern sowie bei Frauen wird das Leiden nicht beobachtet.

Zu Anfang geschieht die Bildung der Protuberanzen ganz langsam, sodann erfolgt ein rascheres und intensiveres Wachstum, bis die Neubildungen eine gewisse Grösse erlangt haben, auf der sie sich dann lange Jahre hindurch constant erhalten. Irgend welche Metamorphosen besonderer Art pflegen die gebildeten Geschwülste nicht einzugehen, auch umfassendere Eiterung oder Ulcerierung oder wohl gar bedeutendere Substanzverluste in Folge derselben hat man niemals Gelegenheit zu con-

statieren. Dagegen berichtet F. v. Hebra die Thatsache, dass bei geringeren Graden des Leidens schon entwickelte Knollen sich successive entweder durch Resorption involvieren, oder durch Obliteration der Blut zuführenden Gefässe und nachfolgende mangelhafte Ernährung oberflächlich gangränescieren und abfallen.

Die Kenntnis des Rhinophyma lässt sich zurückverfolgen bis ins Altertum, wo diese Erkrankung schon den römischen Satyrikern reichlichen Stoff zu humoristischen Ergüssen abgab. Das oben bereits citierte, auf Pompilius bezügliche Epigramm liefert den unzweifelhaften Beweis für die damalige Bekanntschaft mit dem Leiden. Ja wenn sich die Angabe so vieler Autoren bestätigen würde, dass das Rhinophyma einer übermässigen Zufuhr von Alcoholicis seine Entstehung verdanke, so würde man mehr oder weniger zu der Annahme berechtigt sein, dass der Process zu allen Zeiten bei den mit dem Alcoholgenusse betrauten Völkern möglicherweise seine Entwickelung gefunden habe. Auffallend ist die Thatsache, dass sich weder bei den griechischen noch lateinischen medicinischen Autoren eine Abhandlung über diese Krankheit findet. Erst im Mittelalter wird in den Werken der damaligen Autoren des Leidens Erwähnung gethan. So z. B. schreibt Senertus:[1]) Summum tubercula ista interdum incrementum, ut facies inaequalis et horrida evadat, et nasus valde augeatur.

150 Jahre später giebt Lorrey eine genaue Darstellung des Leidens in seinem Tractatus de morbis cutaneis, Paris 1777 und zwar in dem Capitel: De rubore et tumoribus in cute narium, wo es heisst: Sed si nulla excitetur inflammatio, si sola congestio humoris fiat, si augeatur illa sensim, tunc agglomerati tumores figuram nasi prorsus deturpant, ipsique dant difformes appendices . . . Sed saepe non una appendix nasum dehonestat.

Wieder etwas später schreibt Bateman in der: „Praktischen Darstellung der Hautkrankheiten nach Willans System bearbeitet[2]): „Die Nase schwillt vor-

[1]) In der nachfolgenden Literatur-Zusammenstellung ist die Darstellung H. v. Hebra's benutzt und nach Kräften vervollständigt.

[2]) Übersetzt von Abraham Hanemann in Hamburg; Halle 1885, S. 416.

züglich auf . . . und im höheren Lebensalter vergrössert sie sich zuweilen zu einer ungeheuren Gestalt".

Nur vorübergehende Erwähnung des Vorkommens der Krankheit findet sich bei Alibert. Andere Autoren z. B. Cazenave und Schedel übergehen dieselbe vollständig.

Im Jahre 1835 schildert Rayer das Bild des Rhinophyma in mustergültiger Weise: Enfin dans quelques cas plus rares la couperose n'étend pas son siège au delà des ailes du nez, sur lequel s'élèvent des tumeurs rugueuses, d'un rouge livide, plus ou moins considérables. Tous les tissus élementaires de cet organe se gonflent au point de donner à cette partie de la face une dimension double et triple de celle qui lui est ordinaire.

Frank reiht den „Kupferhandel" unter die Hautröten und bemerkt zugleich, dass bei derselben unter anderen „traubenartige Wucherungen" entstehen.

Fuchs giebt eine kurze Beschreibung: „Die anfangs kleinen Erhabenheiten werden immer grösser zu förmlichen Auswüchsen und Höckern und endlich treibt sich das Unterhautzellgewebe der Nase auf, sie schwillt beträchtlich an und verunstaltet mit ihren oft erbsen- und bohnengrossen Anhängseln und ihrer lividen Röte das Gesicht."

Genau dasselbe sagt Biett über den Zustand.

Um die Mitte des 19. Jahrhunderts wird dem Gegenstande von zahlreichen Autoren Aufmerksamkeit geschenkt, und manche unter ihnen haben es sich angelegen sein lassen, sowohl in eingehender Weise das macroscopische Bild darzustellen, wie den dem Processe zu Grunde liegenden pathologisch-anatomischen Verhältnissen nachzuforschen.

Unter den hervorragenderen Schriftstellern dieser Zeit möchten wir zunächst Gustav Simon nennen, von welchem auch die ersten microscopischen Untersuchungen einer mächtig angewachsenen Nase eines Trunkenboldes stammen.

Einige Jahre später wurde sodann von französischer Seite die damals noch Acne hypertrophica bezeichnete Affection genau beschrieben, so z. B. von Maurice Chaussit und von Duchesne-Duparc.

Sam. Plumbe bemerkt in seinem Werke: A prac-

tical treatise on the Diseases of the Skin, London, auf Seite 71: Lastly, in more rare cases, cuperose does not extend beyond the alae of the nose, on which are elevated rugous lived tumors. All the elementary tissues of this organ swell, so as to give it double ore treble the dimensions which it usually has.

Weiterhin beschäftigten sich mit der Acne hypertrophica: Gibert, Hardy, Rochard sowie der Engländer A. Antony Todd Thomson. In dem von letzterem Autor verfassten Werke finden wir folgenden auf das Rhinophyma bezüglichen Passus: The nose swells to a great size, acquires a fiery redness, the nostrils become distended and patulous, and the ala divided into lobes, and so disfigured as to hang down, not unlike the appendage over the beak of a turkeycock. Under such circumstances the tubercular pustules become darker red and more lived; and when they suppurate, ulcers, difficult to heal, are formed. — Doch scheint der letztere Satz einer mangelhaften Beobachtung resp. Diagnose entsprungen zu sein, da kein anderer Autor in der Lage gewesen ist, ähnliches zu beobachten.

F. von Hebra gab der bisher Acne hypertrophica benannten Affection den Namen Rhinophyma, welche Bezeichnung bis heute üblich geblieben ist.

Treten wir nun der Frage näher, was eigentlich das Wesen des Rinophyma ausmache, so begegnen wir der Thatsache, dass die Erkrankung im Laufe der Zeit eine verschiedene Auffassung von Seiten der Autoren erfahren hat. Die meisten Schriftsteller leiten das Rhinophyma von einer Acne rosacea ab, indem beiden Formen der gleiche Erkrankungsprocess zugrunde gelegt wird. Ehe die pathologische Anatomie zur Basis des medicinischen Studiums geworden war, übertrug man die jeweilig herrschenden Anschauungen über die Entstehung der krankhaften Veränderungen des Körpers und damit auch der Haut ebenfalls auf die Acne rosacea und die Acne hypertrophica, daher die Krasenlehre, die Teignes und Dartres der Franzosen, sowie die, die allgemeine Pathologie beherrschenden humoral-pathologischen Anschauungen der damaligen Zeit bei der Erklärung der Ursachen der Acne hypertrophica in den verschiedenen Zeiten eine Hauptrolle spielten.

Doch dauerte es nicht lange, so belebte eine neue Richtung das medicinische Studium durch genaue Kenntniss der pathologischen Anatomie. Damit wurde eine positive Grundlage auch für die Dermatopathologie geschaffen. Eine wissenschaftlich richtige Auffassung mancher Krankheitserscheinungen der Haut ward schon dadurch angebahnt, dass über die histologischen und physiologischen Funktionen des Hautorgans authentische Kenntnisse verbreitet wurden. Neben den seit Malpighi gekannten Talgdrüsen, welche zur Erklärung der Efflorescenzbildung bei den Hautkrankheiten herangezogen worden waren, hatte man die Schweissdrüsen, die Struktur der Oberhaut, die Beschaffenheit und Verteilung der Lymph- und Blutgefässe, die Existenz von die Hautdrüsen umspannenden Muskelfasern, sowie die eigentümlichen Nerven-Endapparate erkannt, während andere Untersuchungen in die secretorischen und anderweitigen Funktionen der Haut klarere Einsicht verschafften. Die früher supponierten Dyskrasieen hörten auf eine Rolle zu spielen und man hielt sich an die von Rokitansky festgestellten und auch an der Haut vorfindlichen pathologischen Thatsachen, die als Hyperämie, Entzündung, Neubildung, Blutaustritt und Hypertrophie in die Erscheinung traten.

Diese gänzlich veränderten Anschauungen blieben nicht ohne Einfluss auf die Deutung des Rinophyma.

An der Hand der zahlreichen, ihm zu Gebot stehenden Kenntnisse und Erfahrungen nahm Hebra eine scharfe Trennung der Acne rosacea von der Acne vulgaris vor im Gegensatz zu seinen Vorfahren und Zeitgenossen, welche die Acne rosacea als eine Species der überhaupt Acne genannten Krankheiten auffassten und auch das Wesen der Couperose nur in einer Entzündung der Talgdrüsen suchten. Hebra wies darauf hin, dass bei der Acne vulgaris ein entzündlicher Process, eine Folliculitis platzgreift, während bei der Acne rosacea eine Neoplasie vorherrscht, denn er sagt: „Gewöhnlich reiht man unter die Acne-Arten die sogenannte Acne rosacea, die jedoch in keinem Exsudativprocesse, sondern in einer Gefäss- und Zellgewebsneubildung ihr Entstehen findet und oft mit Acne disseminata combiniert vorkommt, daher bei den Neubildungen erwähnt werden wird.“ Infolgedessen finden wir thatsächlich die Acne rosacea in dem Capitel: „aus Zellgewebsfasern

bestehende Wucherungen" eingereiht. Dennoch hat Hebra später die Acne rosacea in seinem Lehrbuch in der 4. Classe nach der Acne vulgaris abgehandelt, verwahrt sich jedoch gegen eine etwaige Änderung seiner Ansicht über beide Krankheiten in dem Satze: „Wenn ich aber gegenwärtig es für zweckmässiger erachte, der Acne rosacea an diesem Platze und zwar in Gesellschaft mit den anderen Acne genannten Krankheiten gebührende Betrachtung zu widmen, so ist hierzu nicht etwa eine eingetretene Änderung meiner früheren Ansichten über das Wesen dieser Krankheit Veranlassung gewesen, sondern mein Bestreben, in meinem Systeme nach Art der Naturhistoriker die Hautkrankheiten in Gruppen zusammenzustellen, wobei ich auf die Ähnlichkeit oder Gleichartigkeit aller Erscheinungen Rücksicht nehme, nicht aber bloss ein Kriterium als Einteilungsgrund gelten zu lassen für zweckmässig halte. Ich bin demnach immer noch der festen Überzeugung, dass bei Acne rosacea die allenfalls vorhandene Entzündung der Schmeerdrüsen und der Hautgebilde selbst nur eine zufällige, allerdings häufig vorkommende Complication der Krankheit ausmache, ohne dass dieselbe zur Charakteristik dieser Krankheit erforderlich wäre."

Nachdem so der Begriff der Acne rosacea genau definiert und von der Acne vulgaris streng geschieden war, schilderte Hebra die einzelnen Bilder und Formen, unter denen die mannigfaltig in ihrer äusseren Erscheinung sich darbietende Acne rosacea auftreten könne. Die eine dieser Formen besteht, unbeschadet der äusseren Gestalt, bloss in einer geringeren oder stärkeren Rötung der Nase und der angrenzenden Teile des Gesichtes, verbunden mit beträchtlicher Sebum-Absonderung und zeitweise erhöhtem subjektiven Wärmegefühl. Bei längerer Dauer finden sich jederzeit auch neugebildete geschlängelte Gefässe. In höher entwickelten Fällen hat die Nase dabei eine gleichmässige Vergrösserung erfahren. Diese Formen und Gestaltungen bezeichnet Hebra als den ersten Grad der Acne rosacea, weil hier bloss Gefässinjektion, seröse Infiltration und leichte Entzündung der Schmeerdrüsen als Grund der Verunstaltung erscheinen. Als zweiter Grad der Acne rosacea wurde der Zustand der Nase bezeichnet, wo es zur Ausbildung von halbkugeligen Wülsten ver-

schiedener Form und Grösse kommt, in deren Inneren jedoch kein Sekret und kein Eiter enthalten ist, die vielmehr aus einer gleichmässigen dem übrigen Hautgewebe analogen Masse bestehen. Wenn es jedoch unter einer fortschreitenden Entwicklung des so begonnenen Processes endlich zu einer monströsen Verunstaltung der Nase kommt, mit Bildung von mächtigen, breit oder gestielt der Nase aufsitzenden Tumoren und Lappen, so liess man alles dies für den höchsten und dritten Grad der Acne rosacea gelten. In seinem Atlas der Hautkrankheiten bildete Hebra diese Affection ab und schildert dieselbe auf S. 73 des begleitenden Textes und zwar hier unter dem bisher nicht üblich gewesenen Namen „Rhinophyma". In seinem Lehrbuche aber (S. 626) fehlt der Name Rhinophyma und wird von einer Acne rosacea dritten Grades gesprochen, der die Charaktere jener attribuiert sind.

Diese Auffassung des Rhinophyma als Acne rosacea 3. Grades war nicht nur damals die allgemein herrschende, sondern ist auch bis auf wenige Ausnahmen von den Autoren der folgenden Zeit bis zum heutigen Tage beibehalten worden.

Andere, welche sich von dem vorliegenden fertigen Bilde des Rhinophyma leiten, dessen klinischen Charakter und Verlauf sowie die zu Grunde liegenden histologischen Verhältnisse ausser acht liessen, bezeichnen die Krankheit als eine Elephantiasis arabum. Als solche finden wir das Rhinophyma in zahlreichen, namentlich französischen Abhandlungen beschrieben. Es sei jedoch gestattet, schon an dieser Stelle eine Gleichstellung des Rhinophyma mit der Elephantiasis arabum von der Hand zu weisen. Schon klinisch lässt sich der Unterschied constatieren, dass ersteres nie unter entzündlichen Erscheinungen beginnt. Ohne dass jemals ein Erysipel vorangegangen wäre, nur bei bestehender stärkerer Injektion durch die dilatierten kleinen Blutgefässe, tritt das Rhinophyma auf, vergrössert sich langsam und stetig, und auch während des ganzen Bestandes ist in allen bisher beobachteten Fällen nie ein Erysipel intercurrent aufgetreten. Bei der eigentlichen Elephantiasis arabum besteht aber der Process vorwiegend in einer Vermehrung des Bindegewebes infolge von chronisch sich wiederholenden erysipelartigen Entzündungen, wirklichen, recidivierenden Erysipelen und

in deren Gefolge eintretendem chronischen Ödem. Es lässt sich demzufolge auch das Rhinophyma durch Compression nur soweit verkleinern, als es der Menge des verdrängten Blutes entspricht und sofort nach Aufhören des Druckes stellt sich das alte Mass wieder her, während eine von Elephantiasis arabum ergriffene Partie durch systematisch angebrachten Druckverband auf längere Zeit wesentlich verkleinert werden kann, wenn das Ödem, sei es ein entzündliches oder ein gestautes, verringert wird. Die Elephantiasis arabum ist in der That ein indurativ es Ödem, ein chronischer Entzündungsprocess, während wir es beim Rhinophyma mit einer Neubildung zu thun haben und darin liegt der essentielle Unterschied. Auch der histologische Befund variiert in beiden Affectionen.

Bei der Elephantiasis arabum prävaliert das Ödem so sehr, besonders bei noch nicht gar zu langem Bestande des Übels, dass bei Einschneiden in das erkrankte Gewebe sofort zuerst eine grössere Menge stark eiweisshaltiger Flüssigkeit entleert wird, was beim Rhinophyma nie der Fall ist. Das Gewebe ist bei letzterem daher auch nie sulzig, nie zeigen sich Lücken, die von Flüssigkeit allein oder von vollgetränkter Gewebsmasse erfüllt sind, sondern das Bindegewebe ist nur mit einer reichen Infiltration von Zellen versehen.

Ferner ist bei Rhinophyma das Knochengerüst der Nase stets intact und normal und auch an dem knorpeligen Gerüste scheinen keine Veränderungen einzutreten. Bei längerem Bestande von Elephantiasis arabum tritt infolge von Periostitis stets Knochenneubildung ein, was besonders von der Tibia schon seit langem constatiert ist und auch in neuerer Zeit bei einem höchst seltenen Fall von exquisiter Elephantiasis der Nase sichergestellt werden konnte.

Im grossen und ganzen muss man sagen, dass die Ansicht, das Rhinophyma beruhe auf elephantiastischer Basis, niemals recht Fuss gefasst habe. Am meisten Anhang hatte bis in die neueste Zeit hinein die Auffassung des Rhinophyma als höchster Grad einer Acne rosacea.

Demgegenüber that Hans von Hebra dar, dass das Rhinophyma auf einer selbständigen, mit der Acne rosacea nicht zusammenhängenden, resp. von einer

solchen nicht abzuleitenden Geschwulstbildung beruhe und suchte seine Auffassung durch wissenschaftliche Belege, namentliche durch seine histologischen Befunde zu erhärten.

Schon Lorry scheint 1777 den wahren Sachverhalt geahnt zu haben, da er das Übel nicht in dem Capitel: De gutta rosea, sondern unter: De rubore et Tumoribus in cute narium behandelt, ohne jedoch eine exacte wissenschaftliche Schilderung der Thatsache zu liefern.

In späterer Zeit macht ferner Erasmus Wilson eine Ausnahme unter den Autoren, indem er die Pfundnase nicht als Acne rosacea beschreibt, sondern es vorzieht, ihr den Namen Spargosis zu geben und diese Neuerung folgendermassen begründet:

The Greek appellation Spargosis, signifying a state of swelling has been very appropriately applied to this affection. . . . The kind of swelling intended to be distinguished by this word is a condition of hypertrophy involving principally the areolo-fibrous tissue, but nevertheless one in which however the vascular element of the organ likewise participates.

Wilson gebraucht aber seine Bezeichnung nicht nur für unser Neugebilde an der Nase, sondern er wendet sie auch an bei ähnlichen Affectionen an anderen Körperstellen, was aus den Worten hervorgeht: thus we can conveniently employ the terms Spargosis nasalis, Spargosis penis, scrotalis, cruralis, brachialis and so forth.

Wilson ist, wie man sieht, im Widerspruche mit allen anderen modernen Autoren, da er die in Rede stehende Krankheit als eine Hypertrophie auffasst, wie sie auch an anderen Lokalitäten Haut und Unterhautzellgewebe ergreifen kann. Die Argumente, die Wilson anführt, sind zwar für uns nicht mehr überzeugend, da die Resultate von microscopischen Untersuchungen nicht vorliegen. Dennoch dürfte Wilson mit seiner Trennung beider Übel wohl das Richtige getroffen haben.

Auch Rokitansky bespricht das Rhinophyma unter den Hypertrophieen; auf S. 55, II. Bd. findet sich der Passus: „Endlich gehört hierher (Hypertrophie der Lederhaut) die gemeinhin mit Varicosität und reichlicher Gefässneubildung, mit Erweiterung der Talgfollikel ausgestattete wuchernde Nase“.

Die erste eingehende Beschreibung der vorliegenden histologischen Verhältnisse giebt Hans von Hebra, auf welche gestützt der Autor die bereits früher vermutete Natur des Rhinophyma, als einer selbständigen Geschwulstbildung zum wissenschaftlich begründeten Factum erhebt.

In den neuesten Auflagen mehrerer uns zu Gebote stehenden Lehrbücher, so z. B. in der „Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten" von Kaposi, in dem „Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten" von E. Lesser, beide vom Jahre 1887, ist von jener für die Auffassung der Affection wichtigen Veröffentlichung keine Notiz genommen worden; aus anderen Lehrbüchern geht hervor, dass den betreffenden Autoren die Resultate Hebra's zwar bekannt sind, aber von ihrer Seite keine Nachprüfung erfahren haben. Allenthalben finden wir das Rhinophyma noch in dem Capitel über Acne rosacea beschrieben, dasselbe hat bisher den ihm gebührenden Platz unter den Neubildungen der Haut noch nicht gefunden.

Es erschien daher als eine dankbare Aufgabe, zur Aufklärung über die Natur des Rhinophyma einen weiteren Beitrag zu liefern, dessen Bearbeitung mich aber zur Zeit noch beschäftigt. Es sei deshalb gestattet, nur das vorläufige Ergebnis meiner Untersuchungen ohne jeden Anspruch auf erschöpfende Klarstellung in Kürze anzudeuten.

Die eingangs casuistisch skizzierten Fälle lieferten das anatomische Untersuchungsmaterial. Die bei der Operation gewonnenen Stücke wurden sofort noch lebenswarm zerkleinert in absoluten Alcohol gelegt und letzterer nach wenigen Stunden mehrere Male erneuert, so dass die Präparate ausgezeichnet schnittfähig und vor jeder Fäulniszersetzung ausreichend geschützt heute noch, zum Teil nach Jahren als Prototypen histologischen Materials angesehen werden können.

Vor der histologischen Untersuchung wurden die Stücke zunächst einige Tage in Celloïdin gebettet, dann mit dem Microtom geschnitten. Sodann wurden die Schnitte teils mit Bismarckbraun, teils mit Pikrocarmin gefärbt, teils einer combinierten Färbemethode mit Haematoxylin und Eosin unterworfen. Bei letzterer färbten sich die Kerne der Epithel- und Bindegewebszellen sowie die

Blutkörperchen blau, die Bindegewebsfasern perlgrau, die elastischen Fasern und das Protoplasma rot. Die Einbettung geschah in Canada-Balsam.

An den so hergerichteten Präparaten waren an den verschiedenen Schichten des Epithels keinerlei pathologische Störungen zu finden. Letzteres war vielfach eingebuchtet, was auf höckerige Beschaffenheit und Einkerbungen der Oberfläche zurückzuführen ist; an der Grenze zwischen zwei Tumoren bildet das Epithel grössere Recesse. Die Ausführungsgänge der Schweissdrüsen in der Epithelschicht erscheinen normal, die der Talgdrüsen dagegen stellenweise schlauch- und trichterförmig erweitert und mit einer amorphen Masse erfüllt. Indessen ist in der Epithelschicht, wie uns einstweilen schien, nichts Auffallendes zu bemerken, was mit den anomalen Vorgängen bei der Bildung und Vermehrung der Talgdrüsen in Zusammenhang gebracht werden könnte. An einzelnen Stellen ist das Rete Malpighi ein wenig verdickt.

Die Papillen entsprechen in ihren Grössendimensionen denen der normalen Haut nicht überall. Zum Teil verhalten sie sich allerdings normal und dürften an diesen Stellen wohl als einfach vorgeschobene Partieen der ursprünglichen Bedeckung betrachtet werden. An anderen Stellen machen sie einen abgeflachten und so kümmerlich entwickelten Eindruck, dass man annehmen muss, sie hätten an dem sonstigen Riesenwachstum des Organs keinerlei Anteil genommen, sondern seien vielmehr infolge der Druckwirkung ihrer Unterlage abgeplattet, in die Breite gezogen und atrophisch verkümmert. Das eigentliche Epidermidalgebilde hat also, soweit sein Spannungscoëfficient den räumlichen Wucherungen nicht zu folgen vermochte, lediglich einen passiven Anteil erfahren und darf keinesfalls als Sitz, noch weniger als eigentliche Grundlage der in Frage kommenden Neubildung betrachtet werden, ein nicht zu unterschätzendes Moment, da manche Formen des Rhinophyma makroskopisch betrachtet, einen papillären Bau vermuten lassen könnten. Es handelt sich also nicht um einen epidermidalen, sondern um einen subepidermidalen Process, und dieser stimmt vollständig mit dem meist sich bietenden Aussehen in vivo überein, wo sich eine glatte und zarte Haut über den grössten Teil der papillenähnlichen Wucherungen ausspannt.

Ebenso wie das Epithel im grossen und ganzen als normal zu betrachten ist, zeigt auch das Unterhautfettgewebe nach der bisherigen Untersuchung keine wesentlichen Veränderungen. Diese beiden Bestandteile der Haut scheinen sich jeder aktiven Beteiligung an der Neubildung zu enthalten.

Ganz anders hingegen verhält sich das Corium. Dieses ist als der eigentliche Sitz der Neubildung zu betrachten. Zunächst fällt die grosse Menge der Blutgefässe auf, welche nicht nur an Zahl vermehrt zu sein scheinen, sondern auch in ihrem Lumen erweitert sind und eine deutliche Infiltrations-Zone in ihrer Umgebung zeigen.

Die microscopische Untersuchung ergiebt fernerhin, dass das Bindegewebe einen Hauptbestandteil der Neubildung ausmacht. Grosse Mengen faserigen, welligen, stark kleinzellig infiltrierten Bindegewebes nehmen das Corium ein, sodass die Zone des letzteren einen mehrere Millimeter breiteren Streifen als normal bildet. An manchen Stellen sind schon macroscopisch feste derbe Züge von Bindegewebe zu sehen, welche sich mit ihren zahlreichen Ramificationen bis zwischen die Drüsen und deren Acini verfolgen lassen. Wirkliches embryonales Bindegewebe konnten wir im Gegensatz zu H. v. Hebra nicht finden. Das Verhältnis der Quantität des Bindegewebes zur Masse der ganzen Neubildung schwankte in beträchtlichen Grenzen. Am Schlusse der pathologisch-anatomischen Beschreibung werden wir darauf noch zurückkommen. An manchen Stellen findet man im Bindegewebe herdweise stärkere Ansammlung von Zellen und Kernen, welche an die von Kusnezoff und Obersteiner beschriebenen Nester erinnern. Während Virchow diesen Nestern keine besondere Dignität zuerkennt, hält H. v. Hebra dieselben für Stätten der Bindegewebsneubildung. Im übrigen enthält das Fasergewebe zahlreiche Bindegewebszellen.

Neben dem Bindegewebe sind es vor allem die Talgdrüsen, welche bei der Betrachtung der microscopischen Schnitte besonders imponieren. Der erste Anblick genügt, um sofort die Überzeugung zu gewinnen, dass die Masse der Talgdrüssen erheblich vermehrt ist. Schon bei Lupenvergrösserung kann man beobachten, dass der Durchschnitt einer solchen Hautpartie vor-

wiegend Talgdrüsen der verschiedensten Grösse enthält, die einen mehr oder weniger weiten Ausführungsgang besitzen. Die äussere Form der Drüsen ist, am Schnitt betrachtet, entweder eine mehr runde oder platte, länglich ovale. Ein bedeutungsvolles hier inbetracht kommendes Moment besteht in einer nicht zu verkennenden Vermehrung der Zahl der Acini bei jeder Talgdrüse, womit ein wesentliches Abweichen von den normalen Verhältnissen gegeben ist. Die Trennung der Acini von einander geschieht durch Bindegewebszüge; dieselbe darf jedoch nicht als eine vollständige angesehen werden, da man sich überzeugen kann, dass die diversen Lappen und Läppchen gegen das Lumen des gemeinschaftlichen Ausführungsganges hin auch gemeinsam ausmünden. Die Bindegewebszüge innerhalb der Drüsen stehen in direktem Zusammenhang mit dem Bindegewebe der Cutis. Die Drüsenlage durchsetzt das ganze Corium und geht bis dicht unter das Epithel; die ganz in der Tiefe an der Grenze des subcutanen Fettgewebes gelegenen Drüsen sind zum Teil von schon vorhandenen höher gelegenen Drüsen aus gebildet worden, zum Teil sind sie durch die Wucherung des Bindegewebes resp. der Hauptmasse der Drüsen unter entsprechender Verlängerung des Ausführungsganges aus ihrer natürlichen Lage zurückgedrängt worden. Sehr viele Talgdrüsen sind cystisch entartet infolge von Retention bei bestehender Behinderung der Entleerung, sodass manche Schnitte schon macroscopisch ein siebartig durchlöchertes Aussehen bieten. Je nach dem Sitz des Hindernisses entstehen die verschiedenartigsten Bilder. Bei vornehmlichem Sitz der Stauungsursache am peripheren Teil des Ausführungsganges bildet der letztere den Hauptbestandteil der Cyste, welcher unten die grossen Talgdrüsenlappen unverändert anhängen. Bei tieferer Localisation der Hemmung hat sich der Drüsenkörper unter allmählichem Verstreichen der Zwischenwände in einen cystischen Hohlraum umgewandelt, auf welchen Vorgang an manchen Cysten noch kleine wandständige Buckel, als Reste der Zwischenwände hindeuten. Der Inhalt der Cysten besteht aus freien Fettkügelchen, fettig degenerierten Epidermiszellen, stellenweise auch Lanugohärchen und dunkel pigmentierten Körnerzellen. Als Ursachen der Retention sind teils Stagnation der

colossalen, von den an Zahl vermehrten Acini abgesonderten Secretmengen zu beschuldigen, teils Druck benachbarter Teile, namentlich der Cysten auf den Ausführungsgang, teils nachherige Schrumpfung des neugebildeten Bindegewebes.

Angesichts der colossalen Menge von Drüsen, welche die Zahl der normaler Weise in der Haut vorhandenen Talgdrüsen bei weitem übertrifft, musste sich die Frage aufdrängen, ob es nicht gelinge, den Vorgang der Talgdrüsen-Neubildung nach dem Modus der bei der Neubildung von Drüsengewebe überhaupt sich bietenden Erscheinungen zu beobachten, d. h. ob nicht etwa von den Zellen des Rete Malpighi oder den Drüsen selbst aus Epithelzapfen sich in das umliegende Bindegewebe hineinerstreckten mit kleinzelliger Infiltration des letzteren, die ja nach der Ansicht einzelner Anatomen als präparatorischer Vorgang für das Hineinwachsen der Zapfen, nach Meinung anderer als secundäre Reizung aufgefasst wird. Virchow beschreibt diese Bildung in dem VI. Band seines Archivs: „Ich habe an einem Haar bis zu fünf Anhängen gesehen, die wie in Neubildung begriffene Talgdrüsen erschienen; 3 derselben sassen tiefer, 2 höher an dem Haarbalge, dicht aneinander wie Trauben. An anderen Haaren kamen partielle Ectasieen des Balges vor, welche mit jungen Zellen gefüllt waren, jedoch konnte dies nicht immer als junge Drüsenbildung bezeichnet werden, da zuweilen an solchen Stellen grosse concentrische Epidermiskugeln lagen.“

An den uns vorliegenden Schnitten finden sich Bilder, welche den eben besprochenen Vorgang anzudeuten scheinen. An der Wand eines Hohlraums erheben sich in das umliegende Bindegewebe Zapfen von verschiedener Grösse und Gestalt. Zunächst liegen dort kleine cylindrische Gebilde, daneben grössere mit knopfartiger Anschwellung, weiterhin sind die Knöpfe durch eine seichte Furche in 2 Teile geteilt. Tiefer geführte Schnitte derselben Stelle ergaben die gleichen Verhältnisse. Es ist wohl kaum anzunehmen, dass diese Zapfen dadurch entstanden wären, dass der Schnitt die Wand von Ausführungsgängen der Acini getroffen hätte, es hätten sich sonst in der nächsten Umgebung an einem der Präparate Abschnitte von zugehörigen Drüsenkör-

pern finden müssen, während hier in weiter Zone nichts als Bindegewebe und Blutgefässe sichtbar war. Eine andere Deutung als die gegebene dürfte also wohl auszuschliessen sein.

Wir möchten hier nicht die Frage entscheiden, ob die fächerförmig zwischen die Acini hinziehenden Bindegewebszüge das Primäre bei der Neubildung sind, oder ob sie secundär durch den Reiz der neugebildeten Teile entstanden sind, da unsere Befunde weder zu Gunsten der einen noch der anderen Theorie sprechen und diese Dinge jetzt noch Gegenstand lebhafter Controverse seitens der Anatomen sind.

Noch ein Punkt verdient besondere Beachtung, nämlich das Verhältnis der Drüsenmenge zu der Masse des neugebildeten Bindegewebes. Der erste von uns untersuchte Fall Str. bot mehr die Verhältnisse, wie sie seiner Zeit von H. v. Hebra geschildert wurden. Hier bildete das Bindegewebe den Hauptbestandteil der Geschwulst, während die Drüsen zwar ebenfalls deutlich vermehrt, doch in ihrem Gesamtquantum bedeutend gegen die Entwickelung des Bindegewebes zurückstanden.

In dem zweiten Falle Sch. überwog die Zahl der Drüsen um ein beträchtliches. Hier lag das unzweifelhafte Bild eines Talgdrüsen-Adenoms mit weniger reichlicher Neubildung von Bindegewebe vor.

Wenn nun auch zuweilen mehr der adenomatöse, in anderen Fällen mehr der fibröse Charakter der Neubildung in die Erscheinung tritt, so sind doch stets beide Zustände zu gleicher Zeit, der eine zwar immer stärker als der andere, in unverkennbarer Weise vorhanden. Von diesem Gesichtspunkte aus würde eine Auffassung des Rhinophyma als ein Adenofibrom die zutreffendste sein.

Die Massenzunahme der Nasenhaut ist bedingt zum Teil durch Wucherung des Bindegewebes, teils durch die Beteiligung des Talgdrüsenapparats, teils durch die grossen Massen von Talgdrüsensekret, welche in den cystisch erweiterten Drüsen von der Aussenwelt abgesperrt sind. Die grosse Massenhaftigkeit des ersten Falles, bei welchem das Bindegewebe vorherrschte, sowie die durch vornehmliche Anteilnahme der Drüsen ausgezeichnete weit geringere Ausbildung des zweiten

Falles, dürften wohl zu dem Schlusse berechtigen, dass das Adenom das Primäre bei der Neubildung, das Fibrom erst secundär entstanden ist.

Die bedeutende Vergrösserung der talgsecernierenden Oberfläche, welche durch Vermehrung der Acini an jedem einzelnen Drüsenkörper bedingt ist, hat naturgemäss eine vermehrte Sekretion von Talg zur Folge. Da aber der Ausführungsgang, zunächst wenigstens, das frühere Caliber behält, so erfährt das reichlicher als vorher abgesonderte dickflüssige zähe Secret in dem für die neugeschaffenen Verhältnisse zu engen Ausführungsgang eine Stauung, bis schliesslich eine gänzliche Verstopfung eintritt. Zwar mögen sich anfangs diese überreichlich erzeugten Secretionsprodukte wenn auch mit Schwierigkeit entleeren; allmählich aber bedingt das Missverhältnis zwischen dem rasch verstopften Ausführungsgang und der Thätigkeit des eigentlichen Drüsenkörpers eine cystische Ausdehnung des letzteren. Dieselbe kann aber nicht einseitig auf einer passiven Ausdehnung der Drüsenfollikel beruhen, wenigstens nicht zu Anfang des Processes, denn wäre dem so, so müssten die Drüsen unter dem Drucke ihres abgesonderten Inhalts einfach zu Grunde gehen. Das ist aber nicht der Fall, vielmehr bilden sich die Drüsen selbst in jeder Beziehung zu erweiterten, zum Teil ganz intakt bleibenden Organen aus; die ursprünglich ganz verborgen und rudimentär angelegten Drüsenschläuche vergrössern sich, und ihre sackartigen traubenförmigen Wandungen sind mit einem sehr exakt gezeichneten, kernhaltigen, geradezu das Prototyp einer Drüsenwandung darstellenden Epithel-Bekleidung ausgestattet. Diese hypertrophischen Drüsen geben Bilder von einer Feinheit und Klarheit, wie man sie nur bei sehr wohl ausgebildeten und intakten Apparaten dieser Art zu sehen gewohnt ist. Offenbar erst wenn ein solcher Zustand längere Zeit gedauert hat, geht auch das eigentliche Drüsenmaterial zu Grunde, die Wand verdickt sich, glättet sich aus und wird zu einem einfachen groben Sack. Es liegt nahe anzunehmen, dass im Anschluss an diese regressive Metamorphose die Wucherung des überall als Lückenbüsser an die Stelle zu Grunde gehender höher organisierter Gewebsteile tretenden Bindegewebes seinen gewohnten Platz einnimmt und dann selbständig weiter wuchert. So erklärt sich

auch die verschiedene Gestaltung im histologischen Bilde der hier untersuchten beiden Fälle. Der massenhaftere zu weit grösseren Dimensionen gelangte Fall Str. würde in erster Linie als ein Fibrom mit eingesprengten Adenompartikeln anzusehen sein, wenn wir nicht aus dem zu so hochgradiger Entwicklung noch nicht gelangten Falle Sch. lernten, dass der erst betroffene Teil die Drüsen seien, auf deren zu Grunde gegangene Wucherung dann erst die bindegewebige Neubildung folgt. Damit stimmt auch der Umstand, dass sich während des ganzen Bestandes des Leidens bei jeder Compression der Nase aus den Lumina der Talgdrüsen regenwurmähnliche Pfröpfe hervorpressen liessen. Worin der eigentliche Anlass zur Entstehung der Neubildung in letzter Linie zu suchen sei, ist bislang unerfindlich. Es muss aber ein einheitliches Moment geben, welches seinen speciellen Einfluss auf die Nasenhaut ausübt; nur so erklärt es sich, dass immer wieder derselbe Process zu Stande kommt. Ein typischer Einfluss macht sich in derselben anatomisch besonders gearteten Gegend immer wieder in derselben Weise geltend. So selten das Vorkommnis glücklicherweise ist, so ist doch seit Jahrtausenden das Geschick der betroffenen Gewebspartie immer genau dasselbe gewesen und nichts spricht überzeugender als dieser Umstand für die Einheit im Wesen des betreffenden Krankheitserregers. Kennen wir diesen letzteren auch nicht, so sind doch seine Folgezustände jetzt einigermassen klar. Ebenso bietet die Behandlung des Zustandes weder von theoretischer noch von praktischer Seite unüberwindliche Schwierigkeiten dar.

Die Prognose darf als eine in jeder Beziehung günstige betrachtet werden. Selbst wenn der Process sich selbst überlassen bleibt, führt er nie zu einer anderen als socialen Schädigung. Von einem Übergang des Rhinophyma in eine bösartige Neubildung ist bisher nicht berichtet. Ebenso ist, bis auf die vereinzelten erwähnten Angaben, ein Ausgang in Zerfall der Neubildung nicht bekannt geworden und für solchen sind auch geringe Aussichten geboten, weil die grösste Gefahr für den Zerfall von Neubildungen irgendwelcher Art in ihrer unregelmässigen Gefässernährung zu suchen sein dürfte, hier aber im Anschluss an den vorhandenen Blutreichtum sich endlose Ramificationen und collaterale Verbin-

dungen auszubilden pflegen, welche eine ausreichende Ernährung der befallenen Partieen zu gewährleisten im Stande sein dürften. Wenn aber die Patienten die Furcht, durch eingreifende Operationen noch mehr als bisher verunstaltet zu werden, überwinden, so darf ihnen ein in der That sehr günstiges Resultat in sichere Aussicht gestellt werden.

Ein solches ist auch den von uns beobachteten Fällen zu Teil geworden. Beide, bis dahin ein Gegenstand des Aufsehens und des Mitleids sind zur vollständig normalen Erscheinung zurückgeführt worden, ja wie die Photographieen aus früherer Zeit lehren, ihre Nasen haben durch die Kunsthülfe eine, man darf wohl sagen veredelte Form erlangt. Dieses Verfahren ist im Princip schon von vielen Operateuren eingeschlagen worden. In der Gewissheit, dass die ursprünglichen, die fundamentalen Bestandteile der Nase: knöchernes Gerüst, Knorpel, Muskulatur von dem Process unangegriffen seien, hat man entweder einzelne Tumoren operativ entfernt, oder die ganze Nase einer Schälung mit dem Messer unterzogen.

Auf der diesseitigen Klinik ist diese Methode nun mit besonderer Aufmerksamkeit geübt worden, weil bei Gelegenheit auch anderer Gesichtsoperationen das Hauptgewicht auf eine möglichst geringe Narbenbildung gelegt zu werden pflegt.

In der Narkose sind teils mit dem Thermocauter, der Hauptsache nach aber mit dem Messer alle krankhaften Auswüchse abgetragen worden. Das Messer wurde vom lateralen Nasenansatz der einen Seite über den Nasenrücken hinweg bis zur entsprechenden Stelle der anderen Seite in scharfen bogenförmigen Zügen übergeführt, darauf sorgfältig Alles fortgeschnitten, was als fibröse oder sonstige Neubildung zu erkennen war. Es blieb dann eine dünne Fleischwandung an allen Seiten übrig, deren reichliche Blutung durch Unterbindung, Torquierung, Paquelin-Verschorfung und Compression zum vollständigen Stehen gebracht wurde. Das Nasen-Innere wurde, um grösseren Halt zu geben und einer Entleerung des Nasen-Secrets nach aussen entgegen zu treten, fest tamponiert und nun ein trockner Sublimatwatteverband auf die frische Wundfläche zum Eintrocknen aufgelegt. Dieser Verband ist dann im 1. Falle von 6 zu 6 Tagen

entfernt worden, und da die Überhäutung nur langsam vor sich ging, durch wiederholte Ätzung mit 3% Argentum nitricum-Lösung und Wegkratzung des Granulationsgewebes der von allen Seiten anschiessenden Epidermis-Überhäutung Zeit zur Flächenausbreitung gegeben worden. Im 2. Falle war die Heiltendenz eine ungemein viel raschere; in allen Fällen wird die Überhäutung begünstigt, wie dies Volkmann auf dem Chirurgencongress 1887 hervorhob, durch die Epithelauskleidung der Talgdrüsenausführungsgänge. Es stimmt hiermit überein, dass im 2. Falle Sch., wo die Drüsen so sehr viel reichlicher und oberflächlicher vorlagen, der Patient sich auch einer sogenannten „Heilhaut" rühmte, bei welcher alle zufälligen kleinen Verletzungen überraschend schnell und spurlos zuzuwachsen pflegen, dass in diesem Falle die ganze Heilung im Zeitraum von 2 Wochen vor sich gegangen ist. Die epidermidale Überhäutung ist eine so vollständige geworden, dass von einer Narbenbildung kaum die Rede sein kann. Zwar kann man bei aufmerksamer Betrachtung einige schmale Bindegewebszüge erkennen, aber doch nur bei genauester Besichtigung aus nächster Nähe, und die Nase macht jetzt, etwa 6 Wochen nach der Operation, auf den unbefangenen Beschauer den Eindruck einer vollständig normalen Bildung. Doch lässt sich auch jetzt noch erkennen, dass die Hypersecretion der Drüsen fortdauert. Denn wenn man die Seitenflügel nach oben, die Nasenspitze nach rückwärts drängt, so quellen überall aus den Talgdrüsenöffnungen ziemlich dicke Pfröpfe hervor. Aufgabe der weiteren Behandlung wird sein, dieser vermehrten Secretion zu begegnen, und diese früher schwer zu lösende Aufgabe scheint sich sehr einfach zu gestalten. Dem Patienten ist verordnet worden, Nacht für Nacht seine Nasenoberfläche mit 10% Resorcinsalbe[3]) einzureiben, und diese gegen Schmeerfluss so günstig befundene Massnahme scheint auch hier dauernden Erfolg zu gewährleisten.

So weit wir die Litteratur übersehen können, ist über das Schicksal etwa operierter Fälle nichts bekannt gegeben. Jedenfalls ist über Recidivbildung nichts ver-

---

[3]) Die Acne und ihre Behandlung von Dr. H. Isaac. Berl. klin. Wochenschr. 1889, No. 3.

öffentlicht worden. Der Fall Str. ist durch die Zeit von etwa 5 Monaten nach der Operation ganz gesund geblieben und zwar ohne jede Nachbehandlung. Eine intercurrente Krankheit hat den Patienten dann hinweggerafft[4]). Der Fall Sch. ist noch zu frisch, als dass man sich ein Urteil über etwaigen Bestand der Heilung bilden könnte. Doch ist bislang nicht das geringste Anzeichen für eine Wiederkehr des eigentlichen Processes bemerkt worden. In der Operation selbst scheinen auch einige Momente für die causale Ausrottung des Leidens gegeben zu sein. Die Verödung der zuführenden Blutgefässe an sich wird dem Wiederwachstum der Geschwulstmassen direkt entgegentreten. Ausserdem muss man bedenken, dass die jetzt nahe der Oberfläche liegenden Teile der Drüsenausmündungen so weite sein werden, dass eine Retention nicht mehr zu befürchten ist. Auch sind ja durch die Abtragung alle die gewaltigen, an der Oberfläche liegenden adenomatösen Partieen entfernt worden und die in der Tiefe liegenden Drüsenpakete haben wahrscheinlicher Weise längst aufgehört, an dem eigentlichen Process activen Anteil zu nehmen. Aber auch sonst würde man über die Zukunft dieser Fälle beruhigt sein dürfen. Durch rechtzeitige Scarificationen nach v. Volkmann und Vidal, durch systematische Auspressung der Comedonen ähnlichen Retentionen und den Gebrauch reducierender Salben, sowie Anwendung von Seifen würde man jedem Beginn der Wiederkehr rechtzeitig entgegentreten können. So viel ist gewiss, in wenigen Verhältnissen ist der ärztliche Eingriff ein so dankbarer und von so augenscheinlichem Nutzen begleitet, wie bei der operativen Entfernung des Rhinophyma.

Zum Schlusse nehme ich Veranlassung, Herrn Dr. Lassar für die freundliche Überlassung des Materials und für die gütige Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit meinen wärmsten Dank auszusprechen.

---

[4]) Patient liess sich einen Carbunkel von unberufener Hand mit einer Stopfnadel öffnen und starb bald darauf, wahrscheinlich an Septicaemie.

Litteratur.

Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, redigiert von R. Virchow. III. Band. Acute Exantheme u. Hautkrankheiten von F. Hebra. Erlangen 1860.

Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten von Moritz Kaposi. Wien und Leipzig 1887.

Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis, herausgegeben von H. Auspitz u. F. T. Pick. VIII. Jahrgang 1881. Wien 1881. „Das Rhinophyma", von H. v. Hebra.

Schmidts Jahrbücher. 105. Band. Leipzig 1860. Dei tumori follicolari sebacei, von Luigi Porta. Ann. univers. Maggio 1859, Milano.

Rayer, Traité théorique et pratique des maladies de la peau. 2. Auflage Paris 1835.

Fuchs, Conrad Heinrich, Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge. Göttingen 1840, pag. 216.

Simon, Gustav, Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert. 2. Auflage Berlin 1851, pag. 362.

Chaussit, Traité élémentaire des maladies de la peau. Paris 1853, pag. 215.

Duchesne-Duparc, Traité pratique des dermatoses. Paris 1853, pag. 215.

Gibert, Traité pratique des maladies de la peau. Paris 1840, pag. 197.

Hardy, Leçons sur les maladies de la peau, publiées par Moysant 2. Auflage pag. 115.

Rochard, Traité des maladies de la peau. Paris 1860, pag. 334.

A. Antony Todd Thomson, A practical treatise on Diseases affecting the Skin. London 1850, pag. 410.

Versuch einer auf pathologische Anatomie gegründeten Einteilung der Hautkrankheiten Dr. F. Hebra. Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Ärzte. 2. Jahrgang, I. Band, pag. 145 und 216.

Elephantiasis der Nase, combiniert mit plexiformem Neurom und allgemeiner Neuromatose. Von Dr. Heinrich Schuster. Prager medicin. Wochenschrift. 1880, No. 21, 22 und 23.

Lorry, Tractatus de morbis cutaneis. Paris 1777, pag. 647.

Wilson, Lectures on Dermatology delivered in the Royal College of Surgeons of England in 1874—1875, pag. 169.

Virchow's Archiv. Bd. VI.

Thesen.

I.

Der syphilitische Primär-Affect muss excidiert werden und zwar möglichst früh.

II.

Die Alopecia areata ist contagiöser Natur.

III.

Lungenphthise soll nicht zum Object lokaler chirurgischer Eingriffe gemacht werden.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Franz Wings, katholischer Confession, geboren am 9. März 1864 zu Aachen, erhielt seine wissenschaftliche Vorbildung auf den Gymnasien zu Aachen und Recklinghausen bis zum Jahre 1885, wo er das letztere um Ostern mit dem Zeugnis der Reife verliess, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Er besuchte die Universitäten Freiburg, Kiel, München und Berlin. Vom 1. April bis 1. October 1885 genügte er seiner aktiven Dienstpflicht mit der Waffe als Einjährig-Freiwilliger im 5. Bad. Inf.-Reg. No. 113. Am 8. März 1887 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 5. Juli 1889 das Tentamen medicum und am 19. Juli 1889 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

In Freiburg: Strasser.

In Kiel: Flemming, Hensen, Ladenburg, Möbius, von Spee.

In München: Angerer, v. Bayer, Bauer, Bollinger, Kopp, Kupffer, v. Nussbaum, Posselt, Rüdinger, v. Voit, Winckel, v. Ziemssen.

In Berlin: v. Bergmann, Fassbender, B. Fraenkel, Gerhardt, Gusserow, Lassar, G. Lewin, Liebreich, Mendel, Olshausen, Schweigger.

Allen diesen Herren, seinen verehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.